FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THESE

N° 411

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Yves DUPRÉ

Né le 16 Août 1921, à Pontivy (Morbihan).

Présentée et soutenue publiquement le 16 *Juin* 1948

REMARQUES GÉNÉRALES SUR LES FORMES ATYPIQUES DE L'ÉPILEPSIE

Président : M. DELAY, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : **DUPRÉ.**

Prénom : **Yves.**

Date de soutenance : 16 Juin 1948.

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

DUPRÉ (Yves). — Remarques générales sur les formes atypiques de l'épilepsie. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 46 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

DUPRÉ (Yves). — Remarques générales sur les formes atypiques de l'épilepsie. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 46 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

DUPRÉ (Yves). — Remarques générales sur les formes atypiques de l'épilepsie. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 46 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

DUPRÉ (Yves). — Remarques générales sur les formes atypiques de l'épilepsie. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 46 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Yves DUPRÉ

Né le 16 Août 1921, à Pontivy (Morbihan).

Présentée et soutenue publiquement le 16 *Juin* 1948

REMARQUES GÉNÉRALES SUR LES FORMES ATYPIQUES DE L'ÉPILEPSIE

Président : M. DELAY, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... LÉON BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. ..... JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. VELTER.
Clinique ophtalmologique	PORTES.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (Charles)
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*),

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale.	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie.	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale.	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ

	MM.
Pathologie chirurgicale	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (J.).
Pharmacologie.	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiâtrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE. BASSET. DE GAUDART D'ALLAINES. FUNCK-BRENTANO. GATELLIER. MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY. BOULIN. CHEVALLIER. COSTE.

	M.
Clinique médicale	DE GENNES. HAGUENAU. MOLLARET. MOUQUIN. TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE. LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clin. otho-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

M.

Radiologie .... LEDOUX-LEBARD.

MM.

Secrétaire de la Faculté ..... J. MOREL.
Secrétaire-adjoint ..... M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef .. Dr A. HAHN.
Bibliothécaires ..... Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

En témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance.

A MA FEMME

A TOUTE MA FAMILLE
ET BELLE-FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DELAY

Professeur des Maladies Mentales et de l'Encéphale

Médecin des Hôpitaux

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.

INTRODUCTION

« Morbus Sacer », fléau né de la colère des dieux, qui vouait aux convulsions celui qui en était frappé et que seule pouvait arracher à son sort l'intervention spéciale de la divinité ».

Affection connue depuis les temps anciens puisque, à Rome, on faisait suspendre les comices lorsque tombait un membre de l'assemblée. Elle est encore désignée sous le nom de « morbus herculéus » qui n'épargnait pas les héros..., de « mal Saint-Jean » « pour que la teste de Saint Jean cheut en terre lorsqu'il fut décapité puis posée dedans un plat à l'appétit d'Hérodias ».

Depuis HIPPOCRATE de très nombreux auteurs se sont attachés à résoudre les différents problèmes posés par cette affection et il semble que c'est Ambroise PARÉ qui ait le premier utilisé le terme d'épilepsie du grec « saisir » voulant indiquer par là la brusquerie d'une attaque épileptique.

L'importance de l'épilepsie ne saurait échapper à personne aussi bien au point de vue médical que social.

Pour marquer les différentes étapes thérapeutiques, signalons la date mémorable que fut celle de la découverte en 1851, par Sir Charles LOCOCK de l'action des bromures. Un progrès plus sensible fut la découverte de l'action de la phényl-éthyl-malonylurée ou gardénal par HOERLEIN en 1912. D'autres médications furent employées avec succès, comme le phényl-méthyl-malonyl-

urée ou Rutonal et enfin le diphényl-hydantoïne connu en France sous le nom de Dihydan ou tolantyl. Ce dernier corps assez récemment introduit en thérapeutique paraît donner d'assez bons résultats dans le petit mal : absences, vertiges, équivalents, alors que les médications classiques étaient inefficaces (SAVY). Mais il semble encore plus actif quand il est employé en association avec le gardénal. Malheureusement, aucune de ces médications guérit le mal. Elles arrivent seulement à suspendre les crises et à les espacer. La découverte récente de la Tridione et de la Mésantoïne semble apporter un progrès réel dans le traitement de l'épilepsie sous ses différentes formes.

Mais les conditions sociales et les responsabilités pénales, concernant les individus atteints de ce processus pathologique, soulèvent toujours des problèmes très importants. Il est un fait certain que les épileptiques sont en général « mal vus » aussi bien par leur entourage immédiat que par leurs camarades de travail. Le patron hésite à garder un ouvrier épileptique. Renvoyé de place en place, il arrive, s'il n'est pas aidé par une attention familiale constante, à une sorte de déchéance physique et morale qui peut lui faire commettre des actes délictueux pouvant aller d'un simple vol à l'homicide le plus grave.

Si le diagnostic d'une attaque épileptique classique est aisé, il n'en est pas toujours de même des formes larvées qui posent les plus graves problèmes médico-sociaux.

Dans tous les pays, on s'est attaché à leur trouver une solution efficace. A l'étranger : en Belgique, en Allemagne, en Angleterre, en Hollande, aux Etats-Unis surtout, on a créé des écoles d'apprentissage pour ce genre de malades, des colonies spécialisées où ils s'occupent sous une surveillance extrême à des métiers divers. En France, l'assistance aux épileptiques n'est

pas aussi développée. Sans doute le deviendra-t-elle davantage un jour.

Dans ce modeste ouvrage, nous avons l'intention, après avoir rappelé les formes cliniques des accès atypiques de l'épilepsie, d'en étudier l'importance sociale.

FORMES CLINIQUES DES ACCES ATYPIQUES

Il est certes facile de faire le diagnostic d'une crise convulsive d'épilepsie Bravais-Jacksonnienne ou essentielle, surtout si l'on est présent au moment où elle se produit; et même si elle est survenue en dehors de l'assistance d'un médecin, il lui sera relativement facile de reconstituer ce qui s'est passé en recherchant les signes essentiels d'une attaque épileptique.

Mais en dehors de ces grands accès, l'épilepsie produit aussi des manifestations variées qu'il importe de diagnostiquer et de rattacher à leur véritable nature : ce sont les équivalents qui alternent souvent chez le même sujet avec des crises convulsives, mais qui existent isolément; plus souvent peut-être qu'on y pense.

Les classifications varient selon les auteurs. KLIPPEL et MATHIEU, Pierre WEILL classent les formes atypiques de l'épilepsie de la manière suivante :

1. *Les formes vertigineuses* qui comprennent les vertiges et les absences.

2. *Les formes somnolentes* dont ils distinguent trois variétés :
   — *la forme somnambulique* ou ambulatoire de CHARCOT. On y fait entrer également l'attaque procursive, la forme rotatoire, la forme rétrocursive.

— *la forme narcoleptique* caractérisée par des attaques de sommeil qui peuvent constituer à elles seules tout l'accès;

— *la forme onirique,* constituée par des crises de rêves survenant soit dans le sommeil, soit à l'état de veille.

3. *Les équivalents sensitifs et viscéraux.*

4. *La forme délirante,* crises de délire considérées comme des équivalents.

Dans son livre récent sur « l'Epilepsie chronique », le Professeur HORTENBERG donne cette autre classification :

1. *Les formes convulsives sans prodromes ni auras.*

2. *Les accès tétanoïdes* où les convulsions cloniques font défaut.

3. *Les vertiges,* accès résumés à la perte de connaissance et à la chute.

4. *L'absence,* l'accès se réduit à la perte de connaissance.

5. *Les équivalents :* l'accès est représenté par un seul trouble psychique, sensitif, moteur, viscéral avec conservation de la conscience.

Toutes ces formes sont souvent enchevêtrées chez le même individu. Nous les étudierons en insistant surtout sur les troubles psychiques et moteurs qu'elles entraînent.

LES VERTIGES.

Pour CROUZON, le vertige épileptique est une absence compliquée de chute dans sa forme la plus marquée. Il

est le plus souvent conscient mais quelquefois n'est connu que de l'entourage du malade. Certains ne s'accompagnent d'aucun déplacement du corps, quelquefois avec sensation de rotation et convulsions latérales des muscles du cou.

Le plus souvent il consiste en une sorte d'éblouissement avec pâleur, perte de connaissance, mouvements convulsifs. Le malade n'en conserve aucun souvenir. Il s'accompagne des mêmes troubles circulatoires et respiratoires que les grands accès, mais ils sont moins prononcés et moins durables.

Le vertige peut rester longtemps la seule manifestation de l'épilepsie et se présenter soit isolément, soit par séries ou même sous forme d'un état de mal vertigineux avec ou sans quelques mouvements cloniques de la face et des membres.

Absences.

Elles sont très fréquentes en tant qu'équivalents épileptiques et se caractérisent par une obnubilation passagère avec pâleur; généralement elles ne s'accompagnent pas de chute.

On voit le malade interrompre brusquement son occupation ou bien s'arrêter au milieu d'une phrase et la reprendre ensuite comme si rien d'anormal ne s'était passé. Sa volonté consciente disparaît, et il peut accuser alors des actes illogiques et incoordonnés.

Trousseau et Morel en 1869, ont établi que d'emblée, tout le temps de la vie du malade, il peut y avoir des absences constituant la seule manifestation du mal comitial.

Là où les absences prennent un intérêt particulièrement intéressant, c'est lorsqu'elles sont suivies d'impulsions qui peuvent se manifester de quelques secondes

à quelques heures après les premiers signes; ce à quoi MOREL réservait le nom d'épilepsie larvée. Ce sont des impulsions en paroles, en acte de brutalité, en actes criminels ou délictueux de vol etc... et qui peuvent conduire le malade au suicide ou à l'homicide ou plus simplement à l'exhibitionisme, le plus souvent sexuel et c'est à ce propos que se posent les questions médico-légales sérieuses.

Certains malades sortent de leur maison et marchent droit devant eux, sans but. Il peut arriver qu'ils se perdent dans les rues et que la famille les récupère au commissariat de police; mais il peut également arriver, chose plus grave, que le malade pris d'une impulsivité soudaine au cours de sa fugue, se jette sur la première personne rencontrée et la blesse sans raison, grièvement, mortellement même.

EQUIVALENTS PSYCHIQUES.

Dire ici quelques mots des équivalents psychiques, n'est pas déplacé. C'est en effet une « obnubilation passagère semblable à un voile qui s'étendrait sur la pensée ». Il me semble, déclarait un client du Professeur HARTENBERG « que la clarté de ma conscience baisse comme une flamme qui va s'éteindre, puis se rallume progressivement ».

Dans le domaine intellectuel, ce sont encore quelquefois des idées spéciales, des images, des souvenirs, qui traversent brusquement la pensée du malade. On a décrit également comme équivalents psychiques les « hallucinations spéculaires ». Ce sont des troubles de la personnalité que NOUET a décrits dans l'observation d'un officier blessé au temporal droit par un éclat d'obus et qui voit tout à coup son image en face de lui, comme s'il se regardait dans un miroir. Ces symptômes se reproduisent de temps en temps, dans la rue,

n'importe où : « il voit son visage bien net et toujours il se reconnaît sans difficulté. »

Dans le domaine affectif, l'équivalent psychique consiste en variation d'humeur, de caractère; les mêmes symptômes que dans les prodromes d'une crise, mais qui ne sont pas suivis des convulsions essentielles.

Il est intéressant de remarquer que les simples absences, de même d'ailleurs que les vertiges et les équivalents psychiques, c'est-à-dire les paroxysmes sans convulsions et sans fatigue musculaire, sont suivis comme les grandes crises de phénomènes d'épuisement très grand. Et beaucoup d'auteurs, VOISIN en particulier, ont insisté sur l'influence néfaste des absences répétées sur l'état mental des malades.

FORME SOMNAMBULIQUE.

Elle peut être la seule manifestation de l'épilepsie, au cours de laquelle le malade se lève la nuit en plein sommeil et se dirige droit devant lui pouvant parcourir des distances assez grandes avant de se réveiller brusquement.

Elle a été décrite par CHARCOT sous le nom de « forme ambulatoire ». Des formes analogues ont été signalées par BERNHEIM dans le Progrès Médical de 1918, et MARCHAND a fait une étude complète de « l'automatisme ambulatoire épileptique ». (Ann. Médic. psych., décembre 1933).

FORME PROCURSIVE.

Se traduit par une course dont le malade n'a pas conscience, ou encore sous forme d'une fugue qui ne laisse aucun souvenir ou sur un besoin impulsif de marcher, de courir, sans aucun autre trouble (BOURNEVILLE).

Forme circumcursive décrite par Mingazzini.

C'est une attaque avec tendance à courir en rond; de même il existe des formes rotatives (épilepsie rotatoire de Schreiber) et rétrocursives. M. Roger et J. Reboul-Lechaux ont observé un cas d'épilepsie à crises giratoires : déviation conjuguée des yeux et de la tête, renversement du tronc en arrière et à gauche, rotation autour de son axe et affaissement.

Forme soporeuse, narcolepsie.

Heuyer fait une communication à la Société de Psychiatrie de Paris, le 16 octobre 1919, concernant des crises de sommeil irrésistible, entraînées surtout par le petit mal.

Les équivalents moteurs.

Les voici résumés rapidement d'après Crouzon :

Le tic de Salaam (de l'arabe salâm, salut), qui a été décrit par Neerhein en 1849. Il s'agit d'accès convulsifs de salutations; les mouvements de la tête ou du tronc viennent par séries de 5 ou 50, chaque série pouvant se répéter plusieurs fois par heure ou par jour. Il peut même y avoir quelquefois perte de connaissance avec chute et émission d'urine.

Secousses qui peuvent se localiser à un membre, aux lèvres, ou se traduire par une répétition de mots sans signification et sans rapport avec les circonstances présentes : c'est l'épilepsie marmottante.

L'épilepsie choréïque décrite par Féré est caractérisée par l'apparition de mouvements choréiformes existant isolément ou pouvant alterner avec des accès convulsifs.

L'épilepsie athétosique décrite par PRÉOBAZEWSKI avec des mouvements lents de flexion et d'extension irréguliers, au niveau des doigts et des membres.

Les Myoclonies, dont on distingue trois types :

1. — *Intermittentes, type Lundborg :* secousses en séries qui peuvent survenir isolément, mais aussi augmenter d'intensité et de fréquence à l'approche de grandes crises dont elles jouent le rôle d'aura (HARTENBERG) ; quelquefois myoclonies fibrillaires (SALOMON).

2. — *Myoclonie progressive familiale, type Unverricht.* Plusieurs cas ont été publiés par CROUZON et BOUTTIER (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1921), DESAGE (1922), CLARK (1926).

3. — *Epilepsie partielle continue, type* KOJEWNIKOFF, secousses limitées à un département musculaire. SOUGUES en a rapporté deux cas à la Société de Neurologie le 12 janvier 1922.

Attaques statiques de l'Epilepsie. — Leur étude est due surtout à A. THOMAS (Presse médicale, 1928). Elle est caractérisée par une perte soudaine du contrôle postural. Il y a chute brusque qui peut entraîner des blessures; perte transitoire de la conscience qui n'est ni aussi prolongée ni aussi profonde que dans l'attaque convulsive habituelle.

Torticolis spasmodique. D'après CRUCHET, il peut se rencontrer dans l'épilepsie sous différentes formes :

comme équivalent;

comme symptôme localisé des accès épileptiques. MARCHAND et BAUER ont publié trois observations qui plaident en faveur d'une relation entre le spasme du cou et la maladie comitiale.

FORMES NEURO-VÉGÉTATIVES.

A côté de ces formes, il existe toute une série de manifestations neuro-végétatives qui ont donné lieu à un travail remarquable, celui de DEBUISSON dans sa thèse de Paris sur les formes végétatives de l'Epilepsie.

Dès 1854, DELASIAUVE cite diverses auras végétatives : larmoiements, sueurs froides, coliques, vomissements, rétraction testiculaire, etc...

FÉRÉ en 1890, signale des émissions de matières fécales et d'urine.

Des faits analogues sont rapportés par GÉLINEAU en 1901, LANGERON en 1925, YAKOVLEV en 1937. Parmi les formes cliniques végétatives telles que les expose DEBUISSON, on peut signaler :

1. *Les troubles cardio-vasculaires* subjectifs et objectifs, surtout l'angine de poitrine.

TROUSSEAU considérait également l'angine de poitrine dans certains cas, comme étant d'origine épileptique. Un de ses malades âgé de quarante-cinq ans et sujet à des crises d'épilepsie présentait même au repos, des phénomènes d'oppression douloureuse.

2. *Certains cas d'Asthénie* sont considérés par FÉRÉ comme étant d'origine épileptique et CHARCOT avait remarqué l'alternance de l'asthme et de l'épilepsie. On sait que l'asthme peut être remplacé par des accès de coryza spasmodique, et certains auteurs considéreraient les crises sternutatoires comme des équivalents mineurs épileptiques (LANGERON).

3. SHANAHAN, OLMACHER, *rapportent des observations dans lesquelles ils considèrent l'œdème aigu du poumon* comme un équivalent épileptique.

4. *Dans plusieurs de ses observations,* DEBUISSON relève comme début de crise ou comme équivalent, *le*

hoquet. Dans un cas, une crise de hoquets, d'une durée de huit jours, précéda l'apparition des convulsions.

5. *De nombreux troubles digestifs* peuvent constituer également des équivalents. FÉRÉ signale des troubles gastriques sous forme de gastralgies, d'entéralgies, de nausées et de vomissements, inopinés et sans cause.

LÉVI-BIANCHINI décrit chez deux malades des crises de gastralgie qui remplacent régulièrement une série d'attaques convulsives et en constituent un équivalent « psycho-gastrique ».

6. *Le syndrome migraineux* peut être considéré comme équivalent.

7. *Dans une observation de* DEBUISSON *les équivalents sont constitués par de la céphalée avec scotome droit*, propos délirant, somnolence, nausée et vomissement.

8. *Des troubles vésicaux et génitaux* peuvent également s'observer : envie d'uriner paroxystique. Lane HAMILTON constate dans plusieurs observations, la présence de spermatozoïdes dans l'urine, et se demande s'il s'agit d'un équivalent ou le symptôme d'une crise passée inaperçue. Il est reconnu que certains équivalents s'accompagnent d'éjaculation. DUCOSTÉ a publié un cas d'érection périodique qu'il considère comme équivalent.

EQUIVALENTS SENSITIFS.

Pour la sensibilité générale et cœnesthésique, nous avons *comme équivalent d'excitation :* les sensations de souffles, de fourmillements, de chatouillements, picotements, brûlures, fulguration, etc...

comme équivalent d'inhibition, les impressions d'engourdissement et d'hypoesthésie (HARTENBERG).

Signalons encore les *équivalents visuels d'excitation :* sensation de lumière, de flamme, visions d'objets, diplopie, macropsie, micropsie;

les *équivalents visuels d'inhibition :* hémianopsie, *obscurcissement de la vue;*

les *équivalents auditifs* plus rares que les précédents;

les *équivalents gustatifs et olfactifs,* encore plus rares et souvent associés.

HISTORIQUE DU TRAITEMENT

Diagnostiquer la nature épileptique d'un malaise, si minime soit-il, c'est instituer d'emblée le traitement pathogénique, sédatif et le traitement étiologique capables dans certains cas de transformer complètement l'existence du sujet.

Longtemps aucun traitement spécial n'a été réservé aux formes incomplètes de l'épilepsie. Nous passerons rapidement en revue les médications qui s'adressent au syndrome comitial et qui s'appliquent également au « petit mal » avec quelques variations dues aux progrès récents de la thérapeutique.

Les différents auteurs insistent d'abord sur la nécessité du repos moral, qui mettrait le malade à l'abri de toute émotion et surtout de la peur, ainsi que la nécessité du repos physique dans toute la mesure possible : l'influence néfaste de la fatigue n'étant pas douteuse.

Il faut éviter certains excitants comme l'alcool qui joue un très grand rôle dans le déclenchement d'une crise, d'un vertige ou d'un équivalent.

« Α" *εισου μεν υδωρ* » : il n'y a rien de meilleur que l'eau (Pindar, Od. I). Les excitations génitales sont également à surveiller. Il ne faut autoriser le mariage d'un épileptique que si les crises ont disparu depuis longtemps, y compris les moindres équivalents, avec toutes les précautions qu'une telle affection nécessite de prendre.

Des régimes alimentaires ont été proposés, soit des régimes d'exclusion, soit des régimes systématiques qui ont pu faciliter le traitement. C'est ainsi que le régime déchloruré a permis de diminuer la posologie des bromures utilisés par le malade, sans diminuer leur efficacité.

Certains accès épileptiques ayant été attribués à une origine hépatique, on a préconisé un régime anti-anaphylactique par la suppression des œufs, du lait et du chocolat.

Certains auteurs américains, TALBOT 1931, FISCHER (Arch. of Pédiat., vol. L, n° 2, 1935), ont cherché à supprimer les crises et les équivalents en provoquant un état d'acidose avec acétonémie. Ils remplaçaient pour cela les glucides par les graisses et de bons résultats semblent avoir été obtenus surtout dans le traitement des vertiges et des absences chez les jeunes sujets. 1/3 de succès complets, 1/3 d'amélioration, 1/3 d'échecs.

Enfin, la réduction de la quantité de liquide ingérée par le malade a été préconisée par les auteurs allemands qui n'autorisaient pas plus de 400 gr. de liquide par vingt-quatre heures.

La question des régimes demeure entière. Et si l'on a obtenu quelques résultats par leur application, les échecs restent encore très nombreux.

Si le principe du traitement médicamenteux des formes atypiques de l'épilepsie est à la base, le même que pour les grands accès, il faut cependant remarquer qu'il existe une thérapeutique propre du « petit mal » importante à connaître.

1. *La découverte au milieu du* XIX^e^ *siècle des bromures,* apporta un soulagement réel aux épileptiques, mais on ne faisait que suspendre légèrement les crises, on n'agissait pas ou peu sur les accès atypiques et on

s'exposait à des accidents souvent pénibles (Benjamin Boshes).

Si l'application du régime déchloruré permit d'abaisser la posologie des bromures et de réduire les accidents, ce n'est qu'en 1912, que l'on pût faire...

2. *l'épreuve du phényl-éthyl-malonyl-urée* ou *gardénal* qui les surclasse immédiatement.

Dans son utilisation il faut appliquer certaines règles.

Trouver d'abord la dose optima en partant des prises de 10 centigrammes et en augmentant progressivement jusqu'à l'obtention de l'effet recherché. Il faut maintenir ensuite la dose utile quatre ou cinq mois après la disparition des crises, et diminuer régulièrement par paliers.

On a associé au gardénal différentes substances :

La strychnine à raison de 3/10 de milligr. pour 5 centigr. afin d'atteindre des doses plus élevées.

La caféine, pour palier aux inconvénients dépressifs du gardénal, à raison de la moitié de la dose des barbituriques (Adler).

La belladone pour renforcer l'action antispasmodique du médicament.

P. Labarthe, dans sa thèse sur le traitement de l'épilepsie par l'association médicamenteuse : gardénal, belladone, caféine ou Alepsal, indique que c'est un traitement efficace dans les formes larvées de la maladie. Il note : « Notre malade avait des absences qui se renouvelaient deux ou trois fois par jour. Ces troubles l'obligeaient à rester chez elle sans qu'elle put se livrer à un travail suivi; au bout de deux mois de traitement, ses absences ont complètement disparu. »

Deux autres corps du groupe des barbituriques peuvent en outre se montrer assez efficaces.

3. *Le phényl-méthyl-malonyl-urée* ou *rutonal* qui a l'avantage sur le gardénal d'être moins toxique. Il peut remplacer celui-ci ou lui être associé.

4. *Le méthyl-phényl-malonyl-urée* ou *isonal* qui jouit des mêmes propriétés que le Rutonal.

Si les barbituriques agissent mieux sur les crises comitiales que sur les équivalents, ils sont néanmoins plus actifs sur ceux-ci que les bromures.

Dans sa thèse de Lyon sur les remarques cliniques dans l'emploi du gardénal, P. FERRAND note : « L'action du médicament moins rapide sur les vertiges que sur les crises convulsives, est pourtant nettement favorable dans les cas où ceux-là accompagnent celles-ci. Ils régressent plus lentement et peuvent persister encore alors que les crises ont cessé, mais souvent ils finissent par disparaître eux-mêmes. »

5. *Il faut arriver à la découverte due aux travaux de* MERITT et PUTMAN, *du diphényl-hydantoïne* pour doter le « petit mal » d'une thérapeutique un peu plus particulière. Ce corps spécialisé en France sous le nom de Dihydan ou Solantyl, n'agit que lorsqu'on a obtenu une concentration suffisante. C'est pourquoi en le prescrivant en remplacement du gardénal, il faut augmenter progressivement les doses, tout en diminuant celles du barbiturique. On peut ainsi éviter les accidents assez sérieux (érythème, hirsutisme, tuméfaction des gencives) qu'il donne s'il est employé seul et obtenir dans les vertiges, les absences et les équivalents en général, des résultats que nous n'aurions pas en employant l'un ou l'autre séparément.

D'autre part l'association Gardénal-Dihydan est très utile en même temps qu'elle donne de meilleurs résultats. En donnant moins de chaque produit, par exemple dans les cas graves 20 centgr. de chacun, on

se tient ainsi loin des doses toxiques et on diminue le prix de revient du traitement, ce qui compte pour un traitement indéfini (P. Cossa).

6. *Une autre médication actuellement délaissée est le traitement par le tartrate borico-potassique,* employé surtout pendant la guerre de 1914, alors que le luminal était introuvable. Il agit cependant dans les équivalents graves et résistants, à raison de 2 à 3 grammes associés à 40 centgr. de gardénal.

7. *Et voici le* 3-5-5 *triméthyl oxazolidine* 2-4 *dione ou tridione,* synthétisé par Spielman, expérimenté par Everett et Richard qui lui ont trouvé des propriétés anti-convulsivantes supérieures au gardénal et au Dihydan.

La tridione, si elle se montre inférieure au gardénal dans le grand mal classique, agit mieux que les autres médications sur les accès atypiques. Voici résumé son action d'après un article de J. Saidman paru en mars 1948 dans la « Synthèse de séméiologie et de thérapeutique ».

1. — *Dans le petit mal épileptique* (les pertes de connaissance, les secousses myocloniques, les crises akinétiques (perte de posture) ; l'expérience qui porte sur le plus grand nombre de malades, est celle de Lennox. Les résultats favorables sont de l'ordre de 63 % dans la pycnoépilepsie, 64 % dans les crises épileptiques akinétiques, 70 % dans les secousses myocloniques.

C'est le jeune âge qui permet le meilleur résultat. Les doses sont les suivantes :

0 gr. 30 chez le petit enfant,
0 gr. 60 entre deux et quatre ans,
0 gr. 90 au-dessus de cinq ans,
0 gr. 90 à 1 gr. 20 chez l'adulte.

Ces doses données aux repas peuvent varier et GIBBS cité par LENNOX a même atteint 4 gr. 50 par jour.

DANIDOFF, GOODMAN, PERLSTEIN, BUTTLER et beaucoup d'autres auteurs ont confirmé l'action de la tridione sur le petit mal.

2. — *Dans les formes psycho-motrices.* La tridione associée aux Hydantoïnates, donne les meilleurs résultats (LENNOX, R. DE JOUG).

La tridione est loin d'être inoffensive. Les accidents sont de deux ordres :

Les uns bénins consistent en troubles toxiques, hémialopie, photophobie, éblouissement, apparition d'éruption papillaire ou nodulaire sur le front et la face, et en troubles du comportement (moins fréquents).

Les autres sérieux sont dus à l'action de la Tridione sur le sang où elle provoque une chute de polynucléaires et une augmentation des éosinophiles. D'où la nécessité d'examiner fréquemment la formule sanguine des malades en traitement pour éviter l'agranulocytose.

8. *Enfin nous signalerons le 3 méthyl 5-5 phényl-éthyl-hydantoïne, dernier composé des Hydantoïnates, spécialisé sous le nom de Mésantoïne et de Phénantoïne.* D'après l'expérience de Harry L. KOZOL, son action se manifeste surtout chez les épileptiques à formes sévères. Le petit mal est moins influencé.

Nous ne sommes plus à l'époque des « vertus médicinales et des excellents remèdes domestiques » où l'on prescrivait alternativement dans l'épilepsie, la décoction de sauge, la crapaudine, le serpolet ou mieux encore des « vers de terre faits séchés et réduits en poudre, à prendre en dose convenable... ».

De cette rapide revue de la médication anti-convulsive nous retiendrons que s'il n'y a pas un traitement

spécifique des équivalents, il ne faut pas donner « au petit bonheur la chance » gardénal, Dihydan ou Tridione. Il est nécessaire d'associer aux efforts de diagnostic un effort thérapeutique afin d'adapter avec la plus grande précision, le corps qui convient le mieux à la forme du mal.

SITUATION ET ASSISTANCE SOCIALE

SITUATION SOCIALE

Si la crise convulsive typique est d'un diagnostic facile il n'est pas de même des formes atypiques et cependant les conséquences sociales qu'elles entraînent sont d'une importance primordiale. De là, la nécessité d'établir un diagnostic précis qui s'appuiera d'abord sur les données cliniques et sera grandement facilité par l'électro-encéphalographie qui prend actuellement un essor considérable.

Son indication majeure, presque absolue, se trouve dans l'épilepsie atypique ou douteuse (dernier compte rendu du service de neuro-chirurgie de Ste-Anne, du Docteur Puech). Pour les enfants atteints de troubles voisins de l'épilepsie, on a obtenu dans 30 % des cas, une réponse précise que la clinique ne pouvait pas donner. Pour des adultes atteints de perte de connaissance pouvant prêter à confusion, l'E. E. G. a fourni une réponse précise de comitialité dans 24 % des cas.

On a espéré que l'E. E. G. tracerait les limites précises de l'épilepsie là où la clinique restait un peu confuse. Le problème n'a pas encore trouvé de solution satisfaisante Et si un tracé négatif ne permet pas d'exclure le mal comitial, c'est un examen nécessaire et indispensable à pratiquer pour le dépistage des simulations d'une part, et qui peut d'autre part, donner des renseignements importants en médecine légale.

Au point de vue social, l'épileptique est un malade extrêmement sérieux.

Le Grand du Saulle il y a plus de cinquante ans, décrivait d'une manière émouvante la situation de l'épileptique vis-à-vis de la société. Plus tard, à la séance du 18 mai 1926, de la société de psychiâtrie, A. Ceillier, traçait de ces malades un tableau non moins triste : «... parfois abandonné par sa famille à la suite de fugues dont on n'a pas su apprécier la nature maladive, l'épileptique est envoyé dans une maison de correction; puis il contracte un engagement dans la marine ou dans l'armée; il est réformé pour épilepsie après avoir été inculpé de désertion à cause d'une fugue. Rentré dans la vie civile, il est privé de tout soutien moral et matériel et s'expose aux mauvais exemples et aux pires fréquentations. Il cherche à travailler, mais dès sa première crise, ses patrons le congédient. Il cherche alors à être son propre maître et il vit au jour le jour en faisant des bricolages et des corvées de droite et de gauche : aux halles, dans les gares, ouvreur de portière, crieur de journaux... bientôt c'est la misère et la série des délits communs... »

C'est surtout au cours d'une forme atypique que l'épileptique commet les actes anti-sociaux les plus graves.

Qu'il y ait automatisme ou non, cette suppression de la conscience quel que soit son degré et sa durée variable, peut entraîner des suites judiciaires. C'est le cas, cité par Duponchet, de sentinelles perdant conscience pendant la guerre devant les lignes ennemies. C'est le cas de Chantemesse et Vidal, d'un douanier qui laissait passer des marchandises en contrebande au cours d'une absence : ce sont enfin les possibilités de blessures multiples, de graves accidents d'automobile.

Les actes accomplis sont le plus souvent d'une telle incohérence, d'une telle bizarrerie, que leur caractère

pathologique ne peut faire de doute. Il peut s'agir de faits graves, de vols, dont l'exécution dénote une absence complète d'intention.

Aussi difficile est la distinction entre l'élément intentionnel et l'élément accidentel dans les attentats à la pudeur. Les malades ne font le plus souvent qu'obéir à une envie impérieuse d'uriner.

Tel ce malade cité par LEGRAND DU SAULLE qui, pris d'une crise d'épilepsie dans un compartiment de chemin de fer, urine sur les genoux de la petite fille qui se trouvait assise devant lui. TROUSSEAU parle d'un magistrat qui en pleine séance de tribunal se lève et va uriner dans un coin de la salle. MOTTET cite un malade qui a uriné dans un guichet de gare.

Plus graves sont encore les actes impulsifs qui se produisent chez ces malades. Le sujet est pris d'un besoin d'agir et se livre à des actes automatiques qui semblent être l'expression d'une explosion instinctive, complètement indépendante de la conscience et de la personnalité normales. Ces actes peuvent aboutir à des violences extrêmes, voire des meurtres par des sujets en dehors de cela calmes, doux et lucides.

En médecine légale, ce sont des cas difficiles : les faits incriminés sont-ils l'expression de l'état épileptique dans ses formes frustes et psychiques ? S'agit-il d'une manifestation qui a les apparences de l'épilepsie mais qui n'est pas sous la dépendance de la maladie ?

Dans notre service de neuro-psychiatrie de l'hôpital, nous avons eu l'occasion parmi plusieurs cas rencontrés d'en étudier particulièrement un digne d'intérêt, d'en faire l'étude médico-légale et sociale et d'en tirer hélas, des conclusions malheureuses qui sont celles réservées à beaucoup de cas identiques : l'internement.

Les aliénistes ont depuis longtemps insisté sur l'irresponsabilité pénale ou sur la diminution de la responsabilité des épileptiques.

P. Zacchias estimait que cette responsabilité était nulle, trois jours avant la crise et trois jours après. De son côté, Legrand du Saulle pense qu'il faut discuter les actes des épileptiques : s'il s'agit d'un prévenu, il faut rechercher quel était l'état mental au temps de l'action : sain d'esprit il est responsable. Si son entendement était partiellement lésé, il doit bénéficier des circonstances atténuantes; s'il était aliéné, il est irresponsable.

A l'heure actuelle, d'après Savy l'épileptique est :

1. — *Complètement irresponsable* d'un crime ou délit commis en état de crise ou au cours d'un paroxysme, soit immédiatement avant ou après la crise. Il est empreint d'un caractère d'irresponsabilité d'un crime commis dans un intervalle lucide, s'il présente un affaiblissement notable de ses facultés mentales et intellectuelles.

2. — *Complètement responsable* d'un acte commis en dehors de toute crise avec toutes les apparences d'une volonté libre et si ses facultés mentales ou intellectuelles n'ont pas subit l'atteinte de la maladie.

3. — *La responsabilité est atténuée*, l'acte ayant été commis dans un intervalle lucide, lorsque le prévenu présente des attributs du caractère épileptique et que l'acte commis est directement sous la dépendance des altérations psychiques qui en résultent.

ASSISTANCE SOCIALE

L'inadaptabilité sociale de ces malades dont parle Ceillier n'est qu'une conséquence de leur état pathologique. Nous ne croyons pas qu'il faille en rechercher la cause dans le fait qu'un épileptique ne trouve pas de travail ou soit renvoyé par ses patrons, etc... L'ori-

gine de cette inadaptabilité est plus profonde, elle est le « mal » lui-même, et les catastrophes sociales en sont le résultat.

Si dans certains cas, l'épileptique est privilégié du fait qu'une situation aisée et qu'une famille dévouée aplanissent les difficultés sociales et professionnelles, il n'en est pas ainsi pour tous les malades de ce genre. La condition misérable dans laquelle se trouve un certain nombre de ces sujets, repoussés de partout et incapables de gagner leur vie, les conduit à rechercher un accès dans les asiles pour se soustraire aux difficultés d'une existence qui leur est particulièrement pénible.

Le problème de l'assistance aux épileptiques, s'est posé depuis longtemps, et se pose toujours surtout en France « où jusqu'à présent, contrairement à ce qui se passe à l'étranger aucune mesure d'assistance sociale judicieuse n'a été prise » (Professeur CLAUDE, 1944).

On a créé des quartiers annexes dans les asiles pour recevoir les épileptiques (Salpêtrière, Bicêtre). On a spécialisé l'établissement de Lurcy-Lévy et c'est à peu près tout.

La question est un peu mieux étudiée dans certains pays étrangers, surtout aux U. S. A., où il a été créé de nombreuses colonies agricoles ou autres, très florissantes, comme celle dc Crais, dans l'état de New-York, qui groupe un grand nombre de malades.

En Belgique, un asile a été affecté spécialement aux femmes épileptiques à Ecloo. Il existe, d'autre part, à Merxplas, une section spéciale pour les comitiaux.

La Hollande a fait construire un immense hôpital bien étudié pour recevoir les épileptiques.

En Allemagne, on trouve deux colonies réputées, celle de Bielsfeld (agricole) et celle de Biedsford.

Dès 1914, en Angleterre, il existait huit « homes » qui abritaient de nombreux malades. Dans le même

pays, il s'est formé une école d'apprentissage pour les enfants. Elle s'est développée très rapidement et comprend actuellement, des ateliers de vannerie, tissage, reliure, ébénisterie, etc...

C'est dans ce sens qu'il faut agir pour améliorer le sort de ces malades qui, sous une surveillance étroite, peuvent bénéficier d'une existence plus agréable. Ils peuvent suivre régulièrement un traitement qui peut, sinon les guérir, tout au moins les améliorer fortement.

En ayant des moyens d'adapter chaque épileptique au travail qu'il connaît, on peut en leur assurant une sécurité sociale relative et leur gagne-pain, les mettre à l'abri du besoin et faire renaître un sourire, chez des gens qui seraient autrement abandonnés comme déchets de la société.

Ce sont surtout les colonies agricoles qui risquent de donner les meilleurs résultats : « La terre soignée par l'homme, l'homme par la terre ». Il en existe peu, mais dans de nombreux pays, elles sont en voie d'organisation.

Souhaitons qu'en France, on prenne bientôt l'initiative d'améliorer plus nettement qu'on ne le fait aujourd'hui, le sort de ces condamnés épileptiques en créant également chez nous des abris de ce genre.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

LE GRAND DU SAULLE. (Etude médico-légale sur les épileptiques, 1877.)

Voici un jeune homme très intelligent et qui appartient à une famille d'un rang très élevé. Il ne manque de rien et tous ses désirs sont comblés. Il a des goûts artistiques et des habitudes mondaines. Trois ou quatre fois par an il éprouve à l'estomac une sensation particulière, toujours identique et dans l'espace de quelques secondes, il se sent envahi par une sorte de vapeur qu'il ne peut définir, et son intelligence se trouble aussitôt. Lorsqu'il retrouve sa lucidité, au bout de quelques heures et parfois au bout de deux ou trois jours, il est fort surpris de se trouver harassé de fatigue, très loin de chez lui, en chemin de fer ou en prison, les vêtements en désordre, couvert de poussière et de boue, ne se souvenant de rien de ce qui a dû se passer et ayant dans les poches, des porte-monnaie, des portefeuilles, des bijoux, des foulards, des porte-cigare, des canifs, des couteaux, des dentelles, des billets de banque, de l'or, des sous, des lettres, du papier à cigarettes, des sondes en gomme, un hochet, une médaille de sauvetage, deux tabatières, un sifflet, des clés, des cure-dents. Le commissaire de police qui a classé et numéroté tous les objets, l'interroge sur leur provenance et le jeune homme balbutie et déclare en rougissant qu'il ne se rappelle de rien, qu'il vient d'avoir « sa maladie » et qu'il est bien malheureux. (Résumé).

OBSERVATION N° 2

FERRAND Paul. Thèse, Lyon, 1922.

Del... Marcel, vingt ans.

Fils unique, méningite à deux ans; a présenté des vertiges depuis cette époque. Un seul d'abord, le matin au lever; puis, dix par jour. Dans la suite, ils sont devenus de plus en plus nombreux.

Caractère emporté, violent, qui met le malade dans l'impossibilité de s'occuper. Entre à l'asile le 10 avril 1918.

Ralentissement psychique marqué. Sait lire et écrire, bonne mémoire. Etat physique satisfaisant. Une vingtaine de vertiges ont suivi son entrée : étant assis, il se raidit, renverse la tête en arrière au maximum d'extension; les yeux se dévient, battement des paupières; un peu de pâleur du visage. Ces symptômes ne durent que quelques secondes; le malade reprend son attitude naturelle, mais reste hagard quelque temps, puis revient à lui. Mis au gardénal, en 1920, diminution progressive, suivie d'une suppression complète des vertiges en l'espace de deux mois.

OBSERVATION N° 3

FERRAND Paul. Thèse, Lyon, 1922.

Lem... Eugène, quarante-trois ans, vigneron.

Enfance normale, bon travailleur, mais excès d'alcool. Première crise à vingt-huit ans, deuxième six mois plus tard, puis tous les mois. Entre temps, crises avortées, vertiges, suivis de secousses dans les bras et les jambes.

A trente-trois ans, premier accès d'épilepsie larvée : sort brusquement un matin, va tirer la cloche du maire et revient en courant chez lui. Ces accès se répètent et rendent le malade dangereux; deux fois il tente d'étrangler sa femme; une autre fois, un voisin qui avait dû intervenir.

Traité d'abord au bromure de potassium, ses crises diminuent, l'état de santé s'améliore.

Mais, six mois après, un nouvel accès très violent. Il lance une gifle telle, à sa femme, qu'elle roule par terre. Il se précipite sur elle pour l'étouffer et menace de se lancer sur plusieurs personnes présentes.

A son retour à l'asile, il est obnubilé et très amaigri avec idées de persécution très marquées.

Les manifestations larvées sont de plus en plus fréquentes ; irritabilité, colères vives avec excitation. Incohérent et désordonné dans ses actes, insulte tout le monde, menace et se montre agressif.

Mis au traitement par le gardénal, ses crises s'espacent et il devient docile et plus doux avec son entourage.

OBSERVATION N° 4

P. Labarthe. Thèse, Lyon, 1926.

M... Marie-Antoinette, vingt-sept ans ; depuis l'âge de dix-sept ans, présente des troubles caractérisés par des malaises qui surviennent deux ou trois fois par jour. La malade a une absence. Elle est comme perdue, elle balbutie quelques mots sans suite, puis s'assied pour ne pas tomber.

Jamais elle n'a eu de grandes crises, pas de morsure de la langue, pas d'émission d'urine, pas de convulsions.

Les troubles sont allés en s'accentuant au point qu'elle ne peut plus faire aucun travail utile. Elle est obligée de rester chez elle, de crainte d'avoir dans la rue une absence ou un vertige.

Dès le début du traitement, par l'alepsal, on note une amélioration très nette. Les malaises diminuent de fréquence et, après deux mois, la malade mène une vie normale. A aucun moment nous n'avons noté de la somnolence diurne ou de la constipation.

OBSERVATION N° 5

Docteur Couderc. Hôpital psychiatrique de la Dordogne. Rapport d'expertise, 27 janvier 1941.

Aya..., âgé de vingt-quatre ans, employé cinq ans chez un médecin avant la guerre d'Espagne, deux fois blessé pendant celle-ci, est convoyé en France et embauché dans une équipe de travailleurs espagnols. Il est inculpé de double meurtre.

Au cours d'une sorte de mêlée générale dans un débit de boisson à réputation douteuse, il a blessé mortellement un algérien d'un coup de couteau. En voulant s'enfuir, trouvant un consommateur sur son passage, il le blesse à mort également.

Ce double meurtre, exécuté en quelques minutes, ne peut que surprendre quand on fait connaissance avec l'inculpé : être chétif, timide et impotent ; ni pervers, ni coléreux, ni anormal ; ayant agi sans intérêt, ni profit, ni mobile flagrant.

Dans ses antécédents, il signale des crises comitiales mais qui ne renferment pas toute la symptomatologie habituelle des crises types. Il nous dit avoir longtemps pris du gardénal. La recherche de la véracité de ses déclarations n'a pas abouti.

Est-ce un simulateur ? Est-ce un véritable épileptique ? Présente-t-il une forme d'épilepsie larvée ? C'est dans ces cas que l'E. E. G. pratiquée, rendrait les plus grands services à la clinique, car c'est dans ces cas que la responsabilité pénale est difficile à apprécier.

OBSERVATION N° 6

Observation personnelle étudiée dans le service du Docteur Couderc, Hôpital Civil d'Oran, novembre 1946.

Fer... Albert, coiffeur âgé de trente ans, entre en observation dans le service à la suite d'une tentative d'homicide.

Fer..., alors qu'il rasait paisiblement un client, s'arrête brusquement dans son travail, priant son frère de continuer. Rasoir en mains, il se précipite dans la rue, rattrape un homme qui sor-

tait de chez lui et lui taillade la figure avec son instrument. Revenant en courant, il blesse son voisin qui se trouvait sur le pas de la porte du salon de coiffure, casse un carreau, et s'arrête subitement hébété, confus, stupide.

Dans le service, par deux fois, subitement sans motif, il entre dans une rage terrible, se jette sur les infirmiers qui ne lui disaient rien.

Une autre nuit, il se lève d'un coup, se met à courir entre les lits, prend son voisin à la gorge et tente de l'étrangler.

Chacune de ses crises a été marquée par la soudaineté et l'explosion rapide de l'accès, sans préméditation, sans signe précurseur, sans mobile. Il ne connaissait pas les clients qu'il a blessés et c'est le camarade avec lequel il s'entendait le mieux dans le service qu'il a failli étrangler. Chaque accès s'est terminé par un état d'hébétude, de torpeur et de fatigue intense.

Son *curriculum vitae* mentionne différents faits intéressants :

A l'âge de dix-neuf ans, une banale contrariété sentimentale le conduit à une tentative de suicide (absorption de comprimés soporifiques).

Plus tard, il est accusé de complicité dans un vol de couteaux où il semble avoir agi sans aucun mobile.

Une autre fois, il ne reconnaît plus son père et court chercher un agent pour protester contre cet homme qui veut se faire passer pour son père... et qui l'est réellement.

Une semaine avant qu'il ne soit arrêté, il se lève dans la nuit vers deux heures du matin, s'habille, sort et revient se coucher sans pouvoir fournir de motif.

D'autres renseignements fournis par sa famille précisent son instabilité, sa brusque spontanéité à agir, sans but et sans motif.

Notre malade était un être chétif, de niveau mental médiocre, sans lésion organique, qui, en dehors de ses accès, était parfaitement lucide, bien orienté, calme, pertinent dans ses réponses, résigné. Il nous déclarait à l'examen : « Les infirmiers doivent m'en vouloir après ce que j'ai fait, mais ce n'est pas de ma faute ».

Que faire de ce genre de malade ?

CONCLUSIONS

C'est cette dernière observation qui nous a incité à passer en revue les formes atypiques et frustes de l'épilepsie.

On trouve, en effet, réunies chez le même homme, plusieurs variétés de ces formes : les fugues, le vol, le suicide, les fausses reconnaissances, les impulsions diverses, autant d'actes graves, irraisonnés, immotivés qui nous ont fait considérer cet homme comme un malade ayant agi au cours d'un état pathologique. On voit les conséquences extrêmement néfastes de cet état sur l'individu lui-même et sur la société.

Que faire de ce malade ?

C'est la question que se posent combien de médecins-chefs des centres psychiatriques dans des cas semblables.

1. — Nous ne sommes pas encore assez sûrs des résultats obtenus par les traitements employés jusqu'ici, pour remettre en liberté ces malades, même après une cessation assez longue des crises.

2. — On ne peut pas non plus laisser entre quatre murs d'une prison, des gens qui ne sont pas responsables d'actes commis au cours d'un accès pathologique.

3. — D'autre part, beaucoup de ces malades possèdent en dehors de ces paroxysmes reconnus dangereux,

une lucidité et une conscience suffisante pour que, comme disait LASÈGUE : « On ne jette pas sur eux le manteau de la folie afin de les faire admettre dans les asiles... ».

Dans beaucoup d'hôpitaux psychiatriques, les quartiers spécialement affectés aux épileptiques ne sont guère reluisants, ni adaptés aux conditions que nécessite leur état.

De là naît la nécessité de poursuivre, en France, l'effort commencé pour l'assistance sociale aux épileptiques, la nécessité surtout de faire activer la création de centres spécialisés pour que florissent comme à l'étranger les colonies agricoles et autres spécialement adaptés à améliorer le sort de ces malheureuses épaves de l'humanité.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de thèse :
DELAY

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

ADLER. — (*Presse Médicale*, 1936, n° 83.)

ASUAD (J.). — Contribution à l'étude de l'épilepsie expérimentale. (*Thèse*, Paris, 1940.)

AYDILLO (L.). — Equivalents épileptiques. (*Arch. Méd. Chir.*, 1930.)

BOSHES. — (*The Journal of Nervous and Mental Diseases*, vol. 83, n° 4, avril 1936.)

BOUCHARD (G.). — Les actes anti-sociaux des mineurs épileptiques. (*Thèse*, Lyon, 1935.)

CLAUDE (H.). — Psychiatrie médico-légale, 1944.

COLLET (F.). — Précis de pathologie interne, t. II.

COSSA. — Thérapeutique neurol. et psych., 1945.

DEBUISSON (M.). — L'épilepsie végétative. (*Thèse*, Paris, 1947.)

DELASIAUVE. — Traité de l'épilepsie, 1854.

FÉRÉ. — Les épilepsies et les épileptiques. Paris, 1890.

FERRAND. — Remarques cliniques sur la phényl éthyl malényl urée dans l'épilepsie. Lyon, 1922.

FISHER. — (*Arch. of Péd.*, vol. L, n° 2, 1935.)

GÉLINEAU. — Traité des épilepsies, 1901.

HAGUENEAU. — Le diagnostic des épilepsies. (*Progrès Médical*, n° 42, 1938.)

HARTENBERG. — La pression artérielle chez les épileptiques. (*P. M.*, 20 octobre 1920.)

—. Epilepsie chronique. 1946.

Hersy. — Migraine. Epilepsie urticaire. (*Thèse*, Paris, 1936.)

Hoffmann (F.). — Excellence des remèdes domestiques. MDCCXXIX.

Ivkovitch (B.). — Etude critique sur le traitement de l'épilepsie. (*Thèse*, Lyon, 1924.)

Kauffmann (P.). — Médication borée dans les épilepsies. Lyon, 1922.

Labarthe (P.). — (*Thèse*, Lyon, 1926.)

Legrand du Saulle. — Etudes médico-légales sur les épileptiques. 1877.

Liberato (S.-N.). — Etude du problème médico-légal dans l'épilepsie. (Paris, n° 31.)

Magnan. — Leçons cliniques sur les malades mentales. 1898.

Meersseman (F.). — Les empiriques et le traitement de l'épilepsie. (*Thèse*, Lyon, 1920.)

Ottolengi. — Les épilepsies psychiques. 1890.

Savy. — Traité de thérapeutique clinique, t. II, 1942.

Marchand. — (*Ann. Méd. Psych.*, décembre 1933.)

R. Foulon, Imprimeur, 29, Rue Deparcieux. — Paris 14e